1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 26
DE BORDEAUX

# ÉTUDE

SUR LES

# INJECTIONS

## Intra-Utérines

# DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

**Présentée et soutenue publiquement, le 24 Mars 1886**

PAR

PIERRE-ARNAUD MASSY

**Né à Bordeaux (Gironde), le 31 Août 1863**

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.**

NOMS DES EXAMINATEURS

MOUSSOUS, *Président.*
DUPUY.
LEFOUR.
BOURSIER.

BORDEAUX
*Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD*
**91, Rue Porte-Dijeaux, 91**

**1886**

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 26
DE BORDEAUX

# ÉTUDE

SUR LES

# INJECTIONS

## Intra-Utérines

# DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

**Présentée et soutenue publiquement, le 24 Mars 1886**

PAR

PIERRE-ARNAUD MASSY

**Né à Bordeaux (Gironde), le 31 Août 1863**

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MOUSSOUS, *Président.*
DUPUY.
LEFOUR.
BOURSIER.

BORDEAUX
*Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD*
**91, Rue Porte-Dijeaux, 91**

**1886**

# FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
## DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

### PROFESSEURS

MM. DENUCÉ ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }

| | Messieurs |
|---|---|
| Anatomie | BOUCHARD. |
| Physiologie | ORÉ. |
| Physique | MERGET. |
| Chimie | BLAREZ, agrégé. |
| Histoire naturelle | GUILLAUD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | VERGELY. |
| Pathologie interne | DUPUY. |
| Pathologie externe | AZAM. |
| Anatomie pathologique | COYNE. |
| Histologie et Anatomie générale | VIAULT. |
| Médecine opératoire | MASSE. |
| Pharmacie | FIGUIER. |
| Thérapeutique | DE FLEURY. |
| Hygiène | LAYET. |
| Médecine légale | MORACHE. |
| Médecine expérimentale | JOLYET. |
| Matière médicale | PERRENS. |
| Clinique médicale | PICOT. |
| | PITRES. |
| Clinique chirurgicale | BOURSIER, agrégé. |
| | LANELONGUE. |
| Clinique obstétricale | MOUSSOUS. |
| Clinique ophtalmologique | BADAL. |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

| | |
|---|---|
| Pathologie interne et Médecine légale | ARNOZAN. |
| | RONDOT. |
| | ARTIGALAS. |
| | LANDE. |

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

| | |
|---|---|
| Pathologie externe | BOURSIER. |
| | PIÉCHAUD. |
| | LAGRANGE. |
| | DEMONS. |
| | DUDON. |
| Accouchements | LEFOUR. |

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

| | |
|---|---|
| Anatomie et Physiologie | PLANTEAU. |
| Histoire naturelle | PÉRIER. |

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

| | |
|---|---|
| Physique | BERGONIÉ. |
| Chimie et Toxicologie | BLAREZ. |
| Pharmacie | CARLES. |

### MAITRES DE CONFÉRENCE :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Accouchements | MM. LEFOUR. | Histoire naturelle. | MM. PÉRIER. |
| Anatomie topographique | PIÉCHAUD. | Physique | BERGONIÉ |
| | | Chimie | CARLES. |

### CLINIQUES ANNEXES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clinique méd. des enf. | MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. | MM. VENOT. |
| Clinique chir. des enf. | BITOT. | Maladies mentales | N. |

*Le Secrétaire de la Faculté,* F. LAMBERT DES CILLEULS.

---

**La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.**

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

---

A MON PÈRE

---

A MES PARENTS

---

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUSSOUS

---

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VERGELY

---

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEFOUR

*Maître de Conférences d'Accouchement.*

---

A Monsieur le Professeur Agrégé BOURSIER

*Chargé du cours de clinique chirurgicale.*

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIVIÈRE

*Chef de clinique d'Accouchement.*

# INTRODUCTION

« Rendre facile les injections à la surface interne de l'utérus, telle est la voie dans laquelle il faut marcher pour lutter contre l'infection purulente chez les nouvelles accouchées. »

(Behier, *Clin. médic.*, p. 597.)

Durant notre année d'externat à la Clinique d'accouchement de Bordeaux, frappé par l'efficacité des injections intra-utérines comme traitement de certaines complications des suites de couches, nous avons songé à faire de ce sujet l'objet de notre Thèse inaugurale. Nous avons été encouragé dans cette idée par notre excellent maître, M. le professeur Moussous, et par son chef de clinique, M. le Dr Rivière; et c'est grâce tant à leurs conseils, tant aux documents qu'ils nous ont fournis, que nous pouvons présenter aujourd'hui cette œuvre probatoire à nos juges.

Que M. le professeur Moussous veuille bien recevoir

ici l'expression de notre vive gratitude pour l'intérêt tout amical qu'il n'a cessé de nous témoigner et pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre Thèse.

Nous devons également un tribut de profonde reconnaissance à M. le professeur agrégé Lefour, pour les nombreux et précieux avis qu'il nous a gracieusement donnés en vue de l'accomplissement de notre travail. Nous le remercions vivement de ce nouveau témoignage de la bienveillance qu'il a toujours montrée à notre égard.

Qu'il nous soit enfin permis de remercier M. le Dr Rivière pour le généreux et utile concours qu'il nous a prêté dans nos recherches, et dans la rédaction de notre Thèse inaugurale.

*Division.* — Nous diviserons notre travail en cinq chapitres. Le premier contiendra l'historique des injections intra-utérines au point de vue spécial qui nous intéresse, c'est-à-dire dans l'état puerpéral. Le deuxième et le troisième serviront à établir que ces lavages utérins constituent une méthode thérapeutique de la fièvre puerpérale utile et inoffensive. Dans le quatrième, nous poserons les indications de ce traitement. Dans le cinquième, enfin, nous donnerons, avec les conclusions, le manuel opératoire.

# ÉTUDE

SUR LES

# INJECTIONS

## Intra-Utérines

## DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Historique.

Si Mauriceau, Dionis, Forestius, semblent avoir conseillé les injections intra-utérines, il est certain, du moins, qu'aucun d'eux ne les a pratiquées.

Le premier médecin à qui il faut attribuer l'honneur d'avoir introduit, en obstétrique, la méthode des injections intra-utérines, est le docteur Recolin, en 1750. Voici dans quelle circonstance cet accoucheur fit, pour la première fois, une

injection dans la matrice: « Je fus mandé, dit Recolin, dans la nuit du 15 octobre 1750, auprès d'une femme âgée de trente-deux ans, d'une complexion délicate, multipare, en train de faire une fausse couche. L'orifice de la matrice était assez dilaté pour me permettre de sentir, avec l'extrémité de mon doigt, un corps inégal que contenait ce viscère; mais l'orifice avait assez de résistance pour m'empêcher d'aller plus avant. Je fis prendre alors à la malade plusieurs lavements laxatifs pour exciter les efforts de la nature. A cinq heures, dans une violente douleur, les eaux percèrent; je retirai sur-le-champ, du vagin, un fœtus bien formé, que nous jugeâmes avoir environ deux mois. Je retirai ensuite la moitié du placenta avec les membranes déchirées. Je fis sans succès plusieurs tentatives pour retirer l'autre portion qui était encore dans la matrice et dont le bout était engagé dans l'orifice de cette partie. Le lendemain je trouvai la femme ayant une forte fièvre; le ventre était tendu et douloureux, il y avait une perte de sang assez considérable. Avec une seringue à injection pour femme, dont je courbai convenablement le tuyau percé seulement par le bout, je fis des injections d'eau chaude dans la matrice, en vue de détremper les caillots de sang visqueux qui en sortaient et qui abreuvaient le restant du placenta, dont la putréfaction exhalait déjà une fort mauvaise odeur. J'injectai d'abord trois ou quatre pleines seringues d'eau: elle ressortit tout de suite avec beaucoup de caillots de sang. J'abandonnai la seringue et commençai des tentatives pour tâcher de tirer avec mes doigts cette portion du délivre; mais je ne fus pas plus heureux qu'auparavant. Je recommençai les injections à plusieurs reprises jusqu'à ce que l'eau qui ressortait ne sentît plus mauvais. C'était sur les quatre heures de l'après-midi.

« Le même soir, à sept heures, la malade avait moins de fièvre, moins de douleurs; la perte était bien moindre. A minuit, la perte avait redoublé; les douleurs et la fièvre étaient revenues. J'eus de nouveau recours aux injections;

je les continuai jusqu'à ce que l'eau qui ressortait ne sentît plus mauvais. Avant que j'eus quitté la malade, celle-ci recouvra le calme que je lui avais déjà procuré ; mais la portion de l'arrière-faix contenu dans la matrice resta dans la même situation.

« A huit heures du matin, le lendemain, tous les accidents étaient revenus au même degré de violence ; j'eus recours au même moyen, qui produisit le même effet que précédemment. Enfin je fus encore deux jours dans la nécessité de faire souvent des injections dans l'utérus ; les accidents revenaient toujours dans leur force, quand il y avait environ quatre heures que j'avais lavé la matrice.

« Le soir du 6e jour, à 10 heures, la seconde injection, que je poussais avec plus de rapidité qu'auparavant, fit sortir la portion de l'arrière-faix, qui était d'un volume presque égal à la portion sortie, mais très mollasse, et sentant fort mauvais. Les douleurs cessèrent, et la perte diminua considérablement dans la nuit. La malade fut entièrement hors d'affaire en peu de temps. »

Recolin fit part du beau résultat qu'il venait d'obtenir par les injections intra-utérines à Puzos, qui lui assura que ce traitement était nouveau ; et ce fut sur les conseils de ce maître en obstétrique qu'il publia son observation. Quelques années plus tard, en 1757, il lut un Mémoire sur les injections intra-utérines devant l'Académie royale de Chirurgie, qui est reproduit dans les *Annales* de cette Société savante, t. III, p. 202, 1757.

Quelques années après, Levret, dans son *Traité de l'art des Accouchements* (édit. 1766, p. 460), dit que si, dans le cas d'avortement, il y a rétention du placenta, et, consécutivement, pourriture de celui-ci, il procure sa sortie et celle du corps étranger (lambeaux placentaires) par le moyen des injections aqueuses faites dans la cavité propre de la matrice, et qu'il se trouve très bien de cette manière d'agir.

Baudelocque en dit autant.

Depuis la découverte de Recolin, la plupart des nombreux accoucheurs qui ont fait des injections dans la matrice, n'ont cherché qu'à faciliter ainsi la sortie du placenta ou des débris de cet organe retenus dans l'utérus, pour éviter les accidents terribles qui sont consécutifs à la rétention du placenta ou de portions de celui-ci.

Parmi ceux qui ont en vue cette indication, nous devons spécialement citer Mojon, Legras, Deubel (Th., Strasbourg, p. 78, 1834), Mme Lachapelle (*Mémoires*, t. II, p. 347, 1835), Dubois (Bounaud, Th., Paris, p. 10, 1866), Barbe (*Gazette des Hôpitaux*, p. 326, 1852), et Liégard (*Gazette des Hôpitaux*, nos 63, 80 et 107, 1854).

Mais les injections intra-utérines étaient appelées à rendre dans l'état puerpéral d'autres services que ceux qu'on leur avait jusqu'ici fait rendre.

Elles devaient un jour permettre à l'accoucheur de juguler, pour ainsi dire, à leur début, quelques-uns de ces états fébriles qui causent à juste titre sa terreur et contre lesquels il se sent désarmé.

En France, à part quelques rares auteurs, notamment Chomel (*Dict. de Méd.*, en 30 v., t. XXX, p. 240, 1846), et Jacquemier (*Man. d'Accouch.*, t. II, p. 538, 1846), qui signalent en passant, dans leurs écrits, les injections intra-utérines d'eau simple ou légèrement chlorurée comme un moyen que l'on pourrait employer contre la résorption putride, dans les cas de métrite puerpérale ou de rétention, avec altération, de caillots ou membranes contenus dans la matrice, aucun accoucheur ne pose et n'étudie sérieusement la question de la valeur des injections intra-utérines comme méthode de traitement des accidents puerpéraux.

En 1849, Gensoul (de Lyon), dans une réponse (*Union Médic.*, p. 574, 4 décembre 1849) à Vidal, de Cassis, qui lui avait annoncé le résultat de ses injections intra-utérines sur le cadavre, et les avantages qu'il en avait retirés sur le vivant, dans les cas d'affection utérine en dehors de l'état

puerpéral, conclue en ces termes : « J'ai tout lieu de croire que des injections pratiquées dans la cavité utérine au début de la fièvre puerpérale, en diminueraient beaucoup la gravité et pourraient même en arrêter la marche. Ce moyen me paraît rationnel et sans aucun danger, à la suite des couches.

« Si cette idée vous paraît heureuse, veuillez lui accorder de la publicité, sinon laissez-la dans l'oubli. »

En réponse à cette lettre de Gensoul, le Dr Roche, membre de l'Académie de médecine, écrivit au rédacteur de l'*Union Médicale*, à la date du 6 décembre de la même année : « Je suis entièrement de l'avis de M. Gensoul. Je crois que, dans la fièvre puerpérale, tous les traitements sont impuissants (vomitifs, purgatifs, toniques, etc.), si, en même temps qu'on y a recours, on n'a pas le soin de tarir le foyer putride en pratiquant de fréquentes injections d'eau tiède jusque dans l'utérus. Je suis convaincu qu'au contraire, lorsque cette pratique, qui m'a maintes fois réussi, sera généralement suivie, la fièvre puerpérale fera beaucoup moins de victimes. »

En 1858, Hervez de Chegoin, discutant devant l'Académie de médecine la valeur des injections intra-utérines dans l'état puerpéral, émit l'opinion, appuyée sur des observations tout à fait concluantes, que, pratiquées opportunément, ces injections sont propres à prévenir l'infection putride.

En 1860, parut dans la *Gazette des Hôpitaux* (p. 466) une remarquable observation du Dr Lizé, médecin de la Maternité du Mans, qui put, au moyen des injections intra-utérines, juguler une péritonite puerpérale qui s'était rapidement développée.

Presque en même temps, Piorry annonce que pendant cinq ans il a fait à la Pitié des injections intra-utérines chez toutes ses accouchées, et qu'aucune n'a été atteinte de péritonite puerpérale. Une seule femme est morte; chez elle seule, les injections ordonnées n'avaient pas été faites.

Depuis, les injections intra-utérines, employées et conseillées par Bounaud (Th., Paris, 1868), J. Fontaine (Th., Paris, 1866), Stoltz (*Dict. méd. et chir. prat.*, t. IX, p. 689, 1869), Dupierris (*Union méd. de la Gironde*, février 1870, p. 54), Hervieux (*Traité des maladies puerp.*, p. 270, 1870), Komorowski (Th., Paris, 1876), Gsell (in-8, Paris, 1878), A. Guichard (*Ann. Gynec.*, janvier 1878), J. Rendu (Th., Paris, 1879), F. Lalesque (*France méd.*, 10 janvier 1880), A. Labesque (Th., Paris, 1881), E. Becour (Th., Lille, 1881), Pietrini (Th., Montpellier, 1882), Bertrand (Th., Paris, 1883), Bar (Th., Paris, *Agrégat. Accouch.*, 1883), Charpentier (*Traité d'accouch.*, t. II, p. 950, 1883), Pajot (*Ann. Gynec.*, 1884, I, 469), Bastaki (Th., Paris, 1884), J. Bonnet (Th., Paris, 1884), Marry (Th., Paris, 1884), Bonnaire (*Progrès méd.*, 12 avril 1884), Siredey (*Et. sur les maladies puerp.*), T. Mendiola (Th., Paris, 1885), L. Dumas (*Ann. Gynec.*, juin 1885), Grach (Th., Montpellier, 1885) Garcin (Th., Paris, 1885) sont passées peu à peu dans la pratique obstétricale française, comme traitement de l'infection puerpérale.

A l'étranger, de 1840 à 1850, von Grünewald, à Saint-Pétersbourg, et Eisenmenger (1853), se livrent à l'étude de la question des injections intra-utérines. Depuis lors, Winckel, Bischoff, Haase, Beinlich, Egermann, Weber, Riegel, Radecki, Spiegelberg, Fasbender, Schœller, Schrœder, Floystrup de Copenhague, Weisl de Prague, Math. Duncan, Haussmann, Fehling, Filatoff, Hôrder, Kolbe, Meissner, Crédé, Léopold, Ahlfeld, Fürst, Henning, Fritsch (*Path. et trait. des affect. puerp.*), Münster (*Zeitsch. für Geburts. und Frauenkrankh*, Bd. 1, Helft 2), Schülein (*idem*, Bd. II, Heft 1), Richter (*idem*, Bd. II, Heft 1), Chamberlain, Schultz, Kufferath (in-8, Bruxelles, 1880), Breisky (Prague, 1880, *Rev. médic.*, f. 3, 4 p. 308), Gruenwald (*Ann. Gyn.*, 1881, t. I, p. 229), Brôse, *Centralblatt für Gynœkologie*, n° 39, 1883), Toporski (*idem*, n° 35, 1883), Bandl (*Rev. des Sociétés savantes*, sept., 1883), Rodenstein (*New-York méd. journ.*, 21 juin 1884), Belleli (*Union médic. Egypt. Alexandrie*,

1885, 10, 13), Ehrendorfer (*Arch. f. Gynæk.*, Berlin, XXVII, p. 25, 1885), conseillent et emploient couramment les injections intra-utérines dans le traitement des accidents puerpéraux.

Enfin, poussant plus avant l'application de l'antisepsie en obstétrique, Langenbuch (*Zeitschrift fur geburts. und Gynæk.*, Bd. II, Heft 1) et Schede (*Berl. Klin. Woch.*, 1877, n° 23), conseillent le drainage préventif de l'utérus dans l'état puerpéral.

Tout récemment, M. Pinard, reprenant un mode de traitement que Schucking avait préconisé (*Berl. Klin. Woch.*, 1877, n° 26), se montre, comme cet accoucheur, partisan de l'irrigation continue de l'utérus comme méthode thérapeutique, prophylactique et curative, des infections puerpérales (*Ann. Gynec.*, déc. 1885, p. 454, et janv. 1886, p. 19).

## CHAPITRE II

---

### Utilité des injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale.

Les injections intra-utérines sont, disons-nous, utiles dans la fièvre puerpérale. Mais qu'est-ce que la fièvre puerpérale? C'est ce que nous allons tout d'abord essayer rapidement d'établir dans un premier paragraphe.

#### I

#### Nature de la fièvre puerpérale.

Les divers éléments qui paraissent jouer un rôle dans la pathogénie de la fièvre puerpérale, sont nombreux et variés. On rencontre trois facteurs distincts : l'accouchée d'une part, le principe infectieux d'autre part, et, entre les deux, un agent de transmission.

L'accouchée arrive à la fin de la gestation dans un état de

dépression plus ou moins intense. Les souffrances physiques et morales ont diminué chez elle la force de résistance. Les modifications subies par les humeurs et par les tissus de l'économie, offrent un terrain favorable à l'évolution des germes morbides. Mais le fait essentiel, capital, qui nous paraît avoir sur tous les autres une prépondérance incontestable, c'est l'existence de la plaie utérine. Qu'il s'agisse simplement d'un phénomène normal comme la desquamation épithéliale qui se produit au moment de l'expulsion du fœtus et du placenta, ou bien d'une véritable déchirure au niveau de l'insertion placentaire, il n'en existe pas moins une plaie qui met l'accouchée dans l'état d'une blessée, d'une opérée. Souvent à la plaie normale, en quelque sorte physiologique, s'ajoutent des solutions de continuité plus ou moins étendues, qui portent sur la vulve, sur le col ou sur le corps de l'utérus, et ouvrent de nouvelles voies à l'infection (Siredey, *loc. cit*).

Quelle que soit son origine, quel que soit son siège, la plaie nous semble être toujours la porte d'entrée qui donne accès aux germes, d'où qu'ils viennent. Ils pénètrent ensuite dans les vaisseaux béants et dilatés, sur lesquels ils manifestent d'emblée leur action. Le plus souvent, ils envahissent les lymphatiques (lymphangite utérine), plus rarement les veines (phlébite utérine), d'où la diversité des lésions de la fièvre puerpérale.

Les agents de transmission sont multiples : tantôt ce sont les accoucheurs, comme le démontrent les nombreux cas de transport à tout une clientèle, tantôt ce sont les élèves ou les infirmières, tantôt, enfin, les divers instruments employés pour accoucher les femmes ou pour leur donner les soins consécutifs. Quelquefois la contagion paraît simplement due à la présence dans l'air de l'élément contagieux, ce qui arrive dans les cas d'encombrement.

Quant à la nature même du principe infectieux, c'est le point qui reste le plus obscur. Aujourd'hui que les admi-

rables travaux de Pasteur ont éclairé d'un jour nouveau les maladies infectieuses, on est tenté de rechercher partout un principe essentiel, spécifique, propre à chaque maladie. Mais ce qui est à peu près démontré pour le charbon, la variole, etc., est loin d'être acceptable pour la fièvre puerpérale. La variété des symptômes et des lésions conduit tout d'abord à une théorie éclectique. Or, l'étude attentive des faits de fièvre puerpérale observés permet de faire intervenir des causes très différentes et qui excluent l'idée d'un élément spécifique, absolument constant. Le plus souvent, il est vrai, l'infection provient d'une puerpérale à une autre puerpérale, que la transmission se soit faite par un air chargé de miasmes, ou par un agent intermédiaire. Mais dans beaucoup de cas, cette influence manque complètement et elle est remplacée par les éléments les plus imprévus. Quelquefois il s'agit de matières organiques en voie de putréfaction, de décomposition ; l'action nocive des élèves qui dissèquent ou font des autopsies, a été démontrée par plusieurs observateurs, et paraît actuellement hors de doute.

Dans quelques cas, le voisinage d'érysipèles, de foyers plus ou moins étendus de suppuration, a semblé être le point de départ des accidents observés. La rétention de débris placentaires qui se putréfient dans l'utérus, suffit quelquefois par provoquer l'infection. En dehors de cette circonstance, la fétidité persistante des lochies a été plus d'une fois suivie de complications graves. Enfin on peut invoquer pour plusieurs cas des influences banales, telles que le voisinage d'un amphithéâtre, la présence de fumiers, de matières fécales, accumulés auprès de la pièce occupée par les malades. On a cité même des accidents causés par un médecin qui, tout en continuant de soigner une nouvelle accouchée, donnait des soins à une autre malade atteinte de cancer utérin, etc.

La réunion de tant de causes différentes, aboutissant à la

production d'accidents à peu près analogues, semble devoir exclure l'idée d'un germe unique et spécifique. Aussi, sans rien préjuger de la nature des germes, sans chercher à déterminer la classification des organismes qui président à l'infection (voir, à ce sujet, Doléris, Th. Paris, 1880), l'on doit croire à l'action nocive de toutes les causes d'infection.

Ainsi donc, sans juger la valeur théorique de la doctrine parasitaire, il ne faut pas hésiter à l'accepter en pratique comme étant celle qui donne, en l'état actuel de la science, l'explication la plus satisfaisante des faits de fièvre puerpérale observés, en même temps qu'elle conduit à la véritable prophylaxie des affections qui frappent les accouchées.

Désormais la puerpérale n'a plus rien de spécial, c'est une maladie atteinte d'une plaie, une blessée, en un mot, exposée à toutes les complications des plaies chirurgicales. Or, toute blessure, a dit Velpeau, est une porte ouverte à la mort. Traitons donc la plaie utérine, et par là nous fermerons la porte à la mort. Que l'accoucheur agisse comme le chirurgien, dont le premier soin, en face d'une plaie cavitaire qui suppure, est de nettoyer la plaie aussi parfaitement que possible. C'est par les lavages intra-utérins seuls qu'il peut réaliser un tel pansement.

Mais comment agissent les irrigations intra-utérines? C'est ce que nous allons étudier dans un second paragraphe.

## II

### Mode d'action des injections intra-utérines dans l'état puerpéral.

Les injections intra-utérines, dit Bounaud (*loc. cit.*), débarrassent l'utérus des caillots sanguins et des débris de l'œuf, ainsi que des sécrétions produites par la plaie placentaire

qui peuvent devenir un foyer d'infection et qu'il ne faut pas laisser en présence des sinus béants de l'utérus. La température seule de l'eau, soit froide, soit tiède, produit un effet astringent des plus utiles. Une injection froide arrivant au fond de la matrice agit sur les vaisseaux utéro-placentaires qui se crispent, et sur les fibres utérines qui, irritées, se contractent, mettant ainsi obstacle à la circulation dans ces vaisseaux. Ainsi une hémorrhagie ne peut se produire, et en même temps l'étendue de la plaie placentaire se trouve diminuée. Or, produire une contraction utérine parfaite, c'est prévenir une inflammation.

Quand une infection, écrit Guyot (*loc. cit.*), putride ou purulente s'est développée dans l'intérieur de l'utérus, soit après un accouchement, soit après un avortement, il ne suffit pas de débarrasser la cavité de la matrice des liquides sanieux qui en contaminent les parois par un lavage à l'eau ; c'est la nature du liquide qui, imbibant et imprégnant la cavité et la plaie placentaire principalement, doit faire disparaître jusqu'au levain de l'altération. Il faut avoir recours à des injections intra-utérines médicamenteuses, qui viendront s'opposer à la fermentation qui se produit à la surface placentaire dans certains cas. Les injections chlorurées désinfecteront l'utérus; les injections iodées modifieront favorablement la plaie placentaire.

Fontaine (*loc. cit.*) distingue dans l'action des injections intra-utérines trois modes particuliers de celle-ci :

### A. — Action physique

*a*) Les injections lavent, détergent la surface interne de l'utérus, dissolvent les matières organiques incluses dans cet organe, adoucissent les organes irrités et contus par le travail (emploi de substances émollientes), enlèvent à l'utérus une certaine quantité de calorique, désagrégent les

débris des annexes, et les entraînent en partie dans leur trajet rétrograde.

*b*) Elles ouvrent une voie aux lochies, aux caillots sanguis, etc.

*c*) Elles débarrassent les matières utérines de leur mauvaise odeur. Ici, deux groupes de désinfectant : ceux qui n'agissent qu'en masquant la mauvaise odeur (solutions aromatiques); ceux qui ont une action véritable sur les produits septiques (hypochlorites alcalins, jus de citron, etc.).

### B. — Action chimique

Elles la doivent aux médicaments qui entrent dans leur composition. Ainsi, il y a des médicaments qui, par leur combinaison avec les matières organiques, rendent celles-ci imputrescibles (tannin, acide phénique). Quelques-uns forment, aux dépens des produits décomposés, des corps nouveaux inertes et plus stables (nitrate de plomb, etc.). Avec les permanganates alcalins, toutes les matières organiques sont rapidement oxydées et détruites. L'alcool, l'acide phénique, la créosote, le sel marin, s'opposent au développement des organismes inférieurs.

### C. — Action organique

Les injections augmentent l'activité fonctionnelle et réparatrice qui s'exerce au niveau de l'insertion placentaire. Elles diminuent rapidement le volume de l'utérus : d'où expulsion des liquides utérins, resserrement des bouches absorbantes des vaisseaux lésés. Elles abaissent la température de l'utérus. Elles empêchent le séjour des détritus organiques dans la matrice. Elles empêchent enfin les tranchées utérines de se montrer, ou les font disparaître.

Les injections intra-utérines, dit Bar (*loc. cit.*), débarrassent la cavité utérine de toutes les matières putréfiées qu'elle contient, facilitent l'expulsion de celles-ci, en même temps qu'elles modifient utilement la plaie utérine, résultat qui est atteint plus sûrement, si l'on joint aux liquides employé un corps antiseptique.

Les injections intra-utérines, écrit J. Bonnet *(loc. cit.)*, administrées aussitôt la délivrance achevée et à un moment où les débris organiques, quels qu'ils soient, retenus dans la matrice, n'ont pas eu le temps de se décomposer, ont alors une action purement mécanique. En entraînant au dehors tous ces débris, elles empêchent leur décomposition : *sublatâ causâ, tollitur effectus.* Mais si un temps plus ou moins long s'est écoulé depuis la délivrance, les lavages utérins ajouteront à leur action mécanique une seconde action, chimique celle-ci, due tout entière au bichlorure de mercure (substance antiseptique préconisée par Bonnet). Cette substance, exerçant son rôle d'agent destructeur sur les bactéries sans nombre en voie de prolifération au milieu de détritus organiques, arrêtera du même coup la putridité, et l'infection purulente, sa conséquence inévitable. A ces deux actions, mécanique et chimique, des injections utérines que nous pouvons englober sous le nom générique d'action locale, se joint encore une action générale, due à l'absorption du sublimé par les vaisseaux utérins, absorption bien démontrée par la gingivite, la salivation et les selles diarrhéiques observées sur certaines malades prédisposées, soumises au traitement hydrargyrique. Ce passage du mercure dans le torrent circulatoire rend plus compréhensible l'abaissementconsidérable de la température à la suite d'injections utérines, soit que ce médicament amène une modification profonde dans la quantité ou la qualité des globules sanguins, soit qu'en accélérant l'activité fonctionnelle des organes glandulaires, il détermine ainsi un courant de dérivation sanguine qui contribuera à son tour, à l'élimination

du poison septique. De là cette rémission sensible de tous les phénomènes de septicémie observés, rémission d'autant plus sensible que le sublimé neutralisera en même temps, par sa présence, l'action des bactéries contenus déjà dans le liquide sanguin.

Pour nous, après les divers auteurs que nous venons de citer, nous concluerons à deux modes d'actions des injections intra-utérines : l'une locale, l'autre générale.

Nous diviserons l'action locale en deux parties : une action locale mécanique, une action locale chimique.

### A. — Action locale mécanique

Les injections utérines détergent la plaie placentaire en enlevant les matières, soit liquides, soit solides, qui en recouvrent la surface. Elles hâtent ainsi le travail de cicatrisation de cette plaie, et font disparaître, de cette façon, les dangers d'infection pour la malade inhérents à la blessure utérine.

Elles entraînent hors de l'utérus les divers débris organiques retenus dans cet organe (morceaux de placenta, de membranes, caillots sanguins, etc.). Par là, toutes ces sources d'infection disparaissent.

Par la réaction, par la contraction des fibres et des vaisseaux de l'utérus au contact des liquides injectés qui viennent baigner la surface de cet organe, les injections diminuent la possibilité d'hémorrhagies et hâtent en même temps le travail d'involution de la matrice.

### B. — Action locale chimique

Les injections utérines la doivent aux antiseptiques divers qui en sont la base. C'est grâce à ces agents qu'elles empêchent, qu'elles arrêtent la putridité des détritus organiques,

liquides ou solides, contenus dans l'utérus et séjournant sur la plaie placentaire. Et dès lors, disparition de tous les phénomènes d'infection, suite inévitable de cette putridité.

### C. — Action générale

Cette action, un peu indéterminée encore, est due, elle aussi, aux agents antiseptiques qui entrent dans la composition des lavages utérins. Elle varie un peu avec la nature de ces agents. Pour nous, nous pensons que cette action ne doit pas être mise en doute. Nous renvoyons aux traités de thérapeutique pour l'étude complète de cette question, ainsi qu'au mémoire de Bonnet, cité plus haut.

En résumé, nous pouvons dire maintenant, après avoir étudié la nature de la fièvre puerpérale, après avoir établi le mode d'action des injections intra-utérines, que les lavages utérins sont théoriquement un traitement rationnel, par conséquent utile, de l'infection puerpérale.

Nous allons, à présent, faire voir que les expériences cliniques sont venues à leur tour démontrer l'utilité des irrigations intra-utérines dans la fièvre puerpérale. C'est ce qui va faire l'objet d'un troisième paragraphe.

## III

### Résultats des injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale.

S'il nous fallait, pour démontrer l'utilité clinique des injections utérines dans la fièvre puerpérale, citer toutes les observations que l'on pourrait réunir dans la littérature

médicale française et étrangère, notre Thèse prendrait des proportions que nous ne voulons pas lui donner. Nous nous contenterons donc de rapporter ici les observations que nous avons recueillies durant notre externat à la Clinique obstétricale de Bordeaux et de résumer les résultats obtenus par les divers accoucheurs qui pratiquent les injections intra-utérines.

La première observation qui ait été publiée en France sur les injections utérines dans la fièvre puerpérale, et que nous avons tenu à citer presque en entier, parce qu'elle fait époque, observation due à Recolin (1750, *loc. cit.*), démontre d'une façon remarquable le merveilleux résultat donné par ce mode de traitement, inconnu jusqu'alors, dans un cas d'infection puerpérale bien manifeste.

Bodelocque et Levret (*loc. cit.*), disent qu'ils se trouvent très bien des injections intra-utérines dans l'état puerpéral.

Gensoul (*loc. cit.*), écrit qu'il est convaincu que lorsque la pratique des irrigations utérines, qui lui a maintes fois réussi, sera généralement suivie, la fièvre puerpérale fera beaucoup moins de victimes.

Hervez de Chegoin (*loc. cit.*), s'appuyant sur des observations personnelles, montre la valeur des injections utérines dans l'infection puerpérale.

Les observations de Piorry (*loc. cit.*), sont tout à fait démonstratives de l'utilité des injections intra-utérines. Il en est de même de l'observation du Dr Lizé (*loc. cit.*).

Les injections utérines permettent, dit Guyot (*loc. cit.*), d'arrêter et même de prévenir le développement des accidents puerpéraux. Cet auteur cite, à l'appui de ses observations, celles d'Aran, de Scanzoni, de Cazeaux, de Vullyamos, qui sont des témoignages de ce mode de traitement tout à fait manifestes.

Les injections utérines (Stoltz, *loc. cit.*), se sont montrées très utiles, et leur emploi est d'ailleurs des plus rationnels dans la fièvre puerpérale. Presque toujours, après quelques

injections, répétées suivant les besoins, nous avons vu la fièvre et la chaleur diminuer, puis cesser, et les menaces de résorption putride disparaître, la matrice revenir plus promptement sur elle-même, l'écoulement lochial, enfin, reprendre ses qualités physiologiques.

Le fait pathologique (Hervieux, *loc. cit.*), contre lequel les injections intra-utérines sont spécialement dirigées, à savoir la fétidité des lochies, a été toujours instantanément et considérablement modifié. De plus, la sécrétion utérine diminue d'abondance. Il y a amoindrissement progressif de la fièvre, et, en même temps, disparition de tous les phénomènes généraux fébriles et des douleurs abdominales.

Schülein (*loc cit.*) conclut que, grâce à l'emploi des lavages utérins, les cas de mort par infection puerpérale sont remarquablement diminués, qu'il y a plus rarement des accidents graves par cette méthode que par toute autre, et que la température tombe très rapidement en quelques heures à la suite des injections.

Les lavages utérins ont donné à Richter (*loc cit.*), des résultats très satisfaisants comme méthode thérapeutique de l'infection puerpérale, et bien supérieurs à ceux obtenus auparavant à la Maternité. Dans tous les cas, l'efficacité des injections se montre certaine, toujours favorable, et presque instantanée.

Munster (*loc cit.*), von Grüenwald (*idem*), et Bischoff (*idem*) ont obtenu les meilleurs résultats des irrigations utérines dans la fièvre puerpérale. Ce dernier accoucheur, en particulier, compte seulement, par cette méthode, sur 650 nouvelles accouchées, 15 atteintes d'accidents puerpéraux, et 2 mortes à la suite de ceux-ci.

Playflair (*Traité des maladies des femmes*) écrit qu'il a eu recours aux injections intra-utérines plusieurs centaines de fois, et qu'il n'en a jamais observé que d'excellents effets.

Les injections intra-utérines, dit Matthews Duncan, antiseptiques, constituent un bon agent thérapeutique dans

l'état puerpéral. Je m'en suis servi d'une manière très étendue, et je m'en sers encore dans ma pratique obstétricale et toujours avec succès.

Braxton Hicks s'exprime en ces termes sur la valeur des injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale (*Associat. méd. Britann.*, 1871) : « Bien que je ne puisse fixer approximativement le nombre de mes observations, néanmoins il m'est permis d'affirmer que je n'ai jamais vu un seul cas dans lequel l'emploi des injections n'ait été suivi d'un bénéfice énorme. »

Spiegelberg a traité par les irrigations intra-utérines plus de 1500 femmes atteintes d'accidents puerpéraux, et toujours avec beaucoup de succès.

Schröder considère les lavages utérins comme très utiles. Cette méthode thérapeutique lui a donné les meilleurs résultats.

Gusserow trouve les irrigations utérines très utiles. C'est pour lui le meilleur moyen contre l'infection puerpérale.

Carnofsky, qui emploie d'une manière très active les injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale, a toujours vu, à leur suite, les lochies devenir moins infectes, quelquefois tout à fait sans odeur, et la température de l'accouchée tomber assez rapidement à son degré normal.

Les lavages intra-utérins se sont toujours montrés à Müller de la plus grande utilité.

Pour Courty, les lavages intra-utérins dans les suites de couches sont des moyens thérapeutiques d'une utilité incontestable.

Laroyenne, qui emploie couramment les injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale, dit avoir retiré les meilleurs effets de ce mode de traitement. Il en est de même de Bouchacourt.

Pajot, qui emploie les injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale, s'en est toujours très bien trouvé.

Tarnier, qui n'emploie les lavages utérins que dans les cas

graves d'infection puerpérale, a obtenu toujours des résultats de cette méthode très satisfaisants.

Charpentier emploie aussi avec succès les irrigations utérines dans la fièvre puerpérale.

Les lavages utérins ont enfin donné les meilleurs résultats, comme traitement de la fièvre puerpérale entre les mains de Bar (*loc. cit.*), de Brôse et Toporski (*loc. cit.*), d'Hergott, (*Réun. des Naturalistes Allemands,* 1884), de Bonnaire (*loc. cit.*), de Budin, de Bastaki et Bonnet (*loc. cit.*), de Siredy, de Doléris, de Fritsch (*loc. cit.*), et de L. Dumas qui a publié (*loc. cit.*) deux observations d'infection puerpérale grave traitée avec succès par les injections intra-utérines.

Nos observations démontreront les beaux résultats que donnent les lavages intra-utérins, à la Clinique d'accouchement de Bordeaux, dans les cas de fièvre puerpérale.

Nous nous arrêterons là dans cet exposé d'observations constatant l'utilité des injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale, persuadé que nous avons produit assez de résultats satisfaisants pour faire réfléchir les rares accoucheurs qui n'ont pas encore adopté dans leur pratique ces injections; ils seront convaincus le jour où, en face de ces accidents redoutables dus à l'infection puerpérale, ils se seront décidés à y recourir. Notre tâche est, en effet, terminée; nous voulions établir que les lavages utérins étaient utiles dans de pareils cas : nous espérons avoir réussi.

# CHAPITRE III

## Innocuité des injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale.

Pour établir l'innocuité des lavages intra-utérins, nous montrerons que d'une part, les objections théoriques faites à cette méthode de traitement ne sont nullement fondées, et que, d'autre part, l'observation clinique fait voir qu'il ne résulte aucun inconvénient des injections pour les malades.

### I

#### Revue critique des objections théoriques émises contre l'innocuité des injections intra-utérines.

Ces objections peuvent être groupées dans l'ordre suivant : la première, la principale, est la pénétration des liquides injectés, par les trompes de Fallope, jusque dans la cavité

péritonéale; la seconde consiste dans la production d'hémorrhagies; la troisième est l'entrée de l'air dans les sinus utérins; la dernière est l'apparition de frissons, de métrite, et de péritonite.

### A. — Pénétration des liquides par les trompes de Fallope dans la cavité péritonéale

Il y a deux manières de vérifier ce qu'il y a de fondé dans une pareille assertion : les constatations faites à l'amphithéatre, d'une part; les expériences pratiquées sur le cadavre d'autre part.

Nous n'avons trouvé, dans la littérature médicale française et étrangère, aucune relation d'autopsie de nouvelle accouchée, où la pénétration du liquide dans le péritoine soit nettement établie.

Les expériences, sur le cadavre, de Guyon, Guichard (Th., Paris, 1870), Danyau, Delore (*Lyon médic.*, t. I, p. 247, 1869) et Fontaine surtout, ont montré que les injections, pour passer dans les trompes, doivent être faites avec une puissance de jet qui ne se rencontre jamais dans la pratique.

Il résulte, dit Fontaine, d'expériences faites par nous sur le cadavre que le reflux par les trompes n'est possible qu'en se plaçant dans des conditions spéciales et irréalisables pendant la vie. Alors, en effet, ces circonstances avantageuses et favorables au passage du liquide nous font non seulement défaut, mais nous voyons encore se produire des entraves nouvelles qui doublent les difficultés.

Le liquide ne passe de l'utérus dans le péritoine avec une pression faible (environ 10 centimètres cubes) que si l'on introduit une canule dans l'ostium utérinum. Dans tous les autres cas, où, une ligature étant jetée sur le col, on fait arriver le liquide dans la cavité utérine, il faut une pression de 15 à 20 centimètres cubes au minimum. Elle doit aller

quelquefois jusqu'à 2 mètres cubes avant que le liquide reflue (on s'est toujours assuré, dans nos expériences, de la liberté du canal tubaire). L'utérus alors se développait, tendait à devenir globuleux, et il y avait ainsi une ampliation excentrique, favorable à la dilatation de l'orifice.

Mais, dira-t-on, les résultats obtenus sur le cadavre peuvent-ils être considérés comme existant sur le vivant? C'est ce que nous pensons. Nous irons même plus loin dans cette opinion, en établissant que si la pénétration du liquide, sur le cadavre, est impossible dans les conditions énoncées plus haut, elle l'est encore plus sur le vivant où l'utérus n'est plus, comme dans le premier cas, flasque, inerte, se laissant distendre par le liquide injecté, mais, au contraire, contractile, et réagissant vivement contre ce liquide, qui trouve une issue facile par le col utérin non oblitéré.

### B. — Production d'hémorrhagies.

Si Munster, Schülein et Richter (*loc. cit.*) ont constaté dans certains cas d'injections intra-utérines la production d'hémorrhagies, ces faits sont exceptionnels et n'ont jamais eu, d'ailleurs, de gravité.

Les hémorrhagies, a-t-on dit, sont dues à ce que les caillots fermant l'entrée des tissus utérins sont détachés soit par le liquide projeté, soit par le bec de la sonde, et cela trop brusquement.

On pourra donc facilement éviter l'hémorrhagie, en ayant soin de pousser, avec une force modérée, le liquide dans l'utérus et de ne pas violenter la paroi utérine avec le bec de la sonde.

### C. — Entrée de l'air dans les sinus utérins

Les observations publiées à ce sujet par Depaul, Olshausen, Litzmann, Spiegelberg, Scanzoni, Wynn, Williams, Swimburm, Winckel, Kesmarsky, se rapportent toutes à des injections vaginales, faites pour provoquer l'accouchement ou l'avortement. Les autres cas cités par Grailly Hewit, Bischoff, Me Lachapelle, Lionet, May, Simpson, Mac-Clintock, se sont produits pendant les couches sans qu'on ait pratiqué des injections, soit vaginales, soit utérines.

Le fait unique d'Hervieux, survenu après une injection intra-utérine, ne démontre pas lui-même, par les résultats trouvés à l'autopsie, d'une façon indubitable, que la mort ait réellement été l'effet de l'introduction de l'air dans le système veineux.

La pénétration dans les sinus utérins des liquides injectés dans la cavité utérine, ne serait-elle pas, enfin, un danger pour les malades? Richter et Münster, combattant les observations de Math, Duncan et de Klemm à ce sujet, ont établi manifestement, par leurs recherches cliniques, que presque toujours les liquides injectés passent dans le sang sans amener le moindre danger.

### D. — Production de frissons, de métrites, de péritonites

En ce qui concerne les métrites, les péritonites, il y a erreur d'interprétation. Ce n'est pas, en effet, l'injection qui, dans ces cas, a déterminé ces accidents graves; mais c'est au contraire parce que ces accidents existaient, qu'on a pratiqué les injections. La cause a été prise ici pour l'effet.

Quant au frisson, il est, à la vérité, assez fréquent après l'injection intra-utérine. Mais ce frisson n'est pas, pour nous,

de nature morbide, car il est de règle qu'il soit suivi d'une amélioration notable, soit momentanée, soit constante. En tout cas, il est toujours sans importance.

En résumé, pour clore ce premier paragraphe, nous dirons que l'étude des objections théoriques faites contre l'innocuité des injections intra-utérines démontre le peu de valeur et de fondement de ces objections.

Voyons maintenant si les observations cliniques viennent confirmer cette assertion.

## II

### Innocuité des injections intra-utérines établie par l'observation clinique.

Les injections intra-utérines n'ont jamais produit, dit Stoltz (*loc. cit.*), entre mes mains, d'accidents. Je ne donne pas cette pratique comme infaillible, mais je peux garantir, en même temps que sa grande utilité, son innocuité parfaite.

Hunter, Playfair, Math. Duncan, Branton Hicks, n'ont jamais vu un seul cas d'injections intra-utérines dans lequel cette pratique ait été suivie de résultats défavorables.

Spiegelberg a eu très rarement, à la suite de lavages utérins pratiqués sur plus de 1,500 femmes, des accidents : quelquefois des frissons, une fois des phénomènes de syncope suivis de mort.

Schrôder a remarqué quelquefois, après ces lavages, des frissons et des hémorrhagies sans importance.

Gusserow, dans 150 cas environ d'irrigations utérines, n'a vu celles-ci que dans une quinzaine de cas environ accompagnées d'un frisson sans augmentation de la température et sans conséquences.

H. Carnofsky a plus de 800 observations d'injections utérines sans accidents graves.

Müller n'a jamais observé d'effet fâcheux de ces injections.

Chiara, sur plus de 400 cas d'injections, n'a jamais vu un accident réel.

Les irrigations intra-utérines n'ont donné à Laroyenne, qui en a pratiqué ou fait pratiquer plus de 1500, que deux fois des accidents, d'ailleurs sans gravité.

Berne n'a jamais eu d'accident à la suite de ces irrigations.

Fochier n'a jamais vu d'accidents nettement imputables aux injections.

Münster, Schülein, Richter et Frerichs, qui ont pratiqué, chacun, plus de 3,000 injections intra-utérines, n'ont observé à leur suite que des accidents sans gravité.

A la Clinique obstétricale de Bordeaux, où depuis 1880 les irrigations utérines sont employées couramment, celles-ci n'ont donné lieu qu'à de rares accidents, toujours sans gravité aucune.

Il n'est pas possible, après de telles constatations cliniques, de croire encore aux dangers des injections utérines.

L'appréhension des quelques accidents, d'ailleurs sans gravité, signalés plus haut, et consécutifs aux injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale, ne doit pas peser pour quelque chose dans la balance. Les cas rares, en effet, où ces injections ont paru déterminer quelques accidents, e doivent pas faire perdre de vue les cas aujourd'hui innombrables, où elles se sont montrées non seulement inoffensives, mais où elles ont soulagé, et nous ne craignons pas de le dire, sauvé les malades.

Maintenant donc que nous croyons avoir suffisamment démontré l'utilité, l'innocuité des lavages intra-utérins, nous allons établir dans le chapitre suivant dans quelles circonstances ce mode thérapeutique doit être employé chez la nouvelle accouchée.

# CHAPITRE IV

## Indications des injections intra-utérines dans l'état puerpéral.

Les lavages utérins peuvent être employés soit comme traitement prophylactique de la fièvre puerpérale, soit comme traitement curatif de cette même fièvre. De là découlent naturellement des indications diverses, qui nous obligent à les étudier aux deux points de vue différents que nous venons de citer.

### A. — Indications des irrigations utérines comme méthode de traitement prophylactique de la fièvre puerpérale

Piorry (*loc., cit.*) est le premier qui ait mis en pratique les injections intra-utérines comme prophylactiques des accidents puerpéraux, en faisant celles-ci chez toutes ses nouvelles accouchées.

Bounaud (*loc., cit.*) conseille les irrigations utérines toutes les fois qu'après un travail trop rapide les contractions n'ont été ni assez fortes ni assez nombreuses pour débarrasser la matrice du produit de la conception, placenta, membranes, etc., et qu'il convient d'exciter secondairemeut ces contractions quand, après l'accouchement, qui a été pénible, la femme est épuisée, que la rétraction de l'utérus ne se fait pas parfaitement, et que, enfin, l'examen du placenta apprend qu'il en reste encore quelques débris dans la matrice.

Guyot (*loc. cit.*) emploie les injections intra-utérines comme préventives des accidents puerpéraux, toutes les fois qu'il y a rétention dans l'utérus de débris de membranes, de placenta, etc.

J. Hunter emploie les injections utérines après l'accouchement dans les cas de rétention placentaire.

E. Hubert fait des injections utérines quand il y a rétention du placenta après des avortements de 3 à 4 mois.

Gusserow pratique des irrigations utérines prophylactiques, chaque fois qu'il a fallu introduire la main dans l'utérus durant l'accouchement.

Müller emploie immédiatement après l'accouchement de grands lavages intra-utérins dans tous les cas où l'introduction de la main ou d'un instrument dans la cavité a été nécessaire, et, de même, quand l'accouchement s'est effectué longtemps après l'écoulement des eaux, ou bien lorsque celles-ci ont une odeur ou une couleur suspecte.

Courty conseille les lavages intra-utérins immédiatement après l'accouchement dans les cas d'intervention manuelle, etc.

Laroyenne a recours aux lavages utérins comme moyen de prophylaxie au sortir d'épidémies de fièvre puerpérale, et, aussi, après les accouchements difficiles, qui ont nécessité des touchers répétés et profonds.

Bouchacourt se sert des injections intra-utérines dans les

cas de rétention partielle du placenta soit après l'accouchement soit surtout après l'avortement.

Berne fait des irrigations intra-utérines après les avortements de 2 mois 1/2, 3 mois, lorsqu'on craint d'avoir laissé dans la matrice quelques débris placentaires.

Schüllein, qui faisait, au commencement, des injections utérines prophylactiques *post partum* dans les cas graves seulement, y a recours maintenant chez toutes ses nouvelles accouchées.

Richter fait des injections intra-utérines prophylactiques chez les femmes où l'accouchement a été prolongé et où l'intervention manuelle ou instrumentable a été faite.

Langenbuch et Schede *(loc. cit.)* font des lavages ultérins chez toutes les nouvelles accouchées.

Münster a recours aux lavages utérins comme moyen préventif dans les cas de putréfaction d'une des parties de l'œuf ou de manœuvres obstétricales opératoires.

Bischoff, à l'exemple de von Grünewaldt, se sert des lavages intra-utérins prophylactiques dans tout accouchement où il est nécessaire de pénétrer dans l'utérus, toutes les fois que les eaux répandent une mauvaise odeur et que le fœtus est macéré.

A. Labesque indique l'emploi prophylactique des injections intra-utérines dans les cas d'intervention opératoire pour un accouchement anormal (*loc. cit*), de mort intra-utérine du fœtus, et de rétention placentaire ou membraneuse.

Il en est de même de Bardeleben, Frommel, Lucas-Championnière, Toporski (*loc. cit.*), d'Hergott (*loc. cit.*), Bar, Hildebrand, J. Bonnet (*loc. cit.*), Gruenwald, Bastaki (*loc. cit.*), Siredey (*loc. cit.*), Pajot, Charpentier, Fritsch (*loc. cit.*), Schucking (*loc. cit.*), Bandl et Pinard (*loc. cit.*)

C'est également dans les mêmes cas que ceux indiqués par Labesque que l'on fait des lavages intra-utérins prophylactiques à la Clinique obstétricale de Bordeaux.

Donc, pour résumer tout ce que nous avons exposé jusqu'ici dans ce paragraphe, nous dirons que les injections intra-utérines sont indiquées, après l'accouchement, comme méthode thérapeutique préventive de la fièvre puerpérale dans les cas que nous allons maintenant énumérer brièvement : mort du fœtus dans la cavité utérine, putréfaction de celui-ci, liquide amniotique mêlé de méconium, eaux écoulées longtemps avant l'accouchement, rétention du placenta, de membranes, ou de débris de ces annexes assez considérables, enfin intervention opératoire soit manuelle, soit instrumentale, et rupture utérine.

Cette pratique obstétricale est celle de la plupart des accoucheurs français et étrangers entre les mains desquels elle a donné les meilleurs résultats. Nous la recommandons, pour notre part, convaincu que nous sommes que c'est seulement en agissant ainsi que l'on pourra prévenir les accidents si formidables de la fièvre puerpérale. Les magnifiques résultats obtenus par cette pratique, et que nous avons cités dans le courant de ce travail, sont là pour démontrer notre manière de voir au sujet des injections utérines comme traitement prophylactique des suites de couches.

### B. — Indications des irrigations intra-utérines comme traitement curatif de la fièvre puerpérale

Nous avons fait voir plus haut, dans ce travail, que c'est à Recolin que revient l'honneur d'avoir le premier employé les injections intra-utérines comme curatives d'accidents puerpéraux que nous avons énoncés plus avant.

Nous renvoyons à ce que nous avons déjà dit pour les accoucheurs qui le suivirent dans cette voie thérapeutique.

Pour Bounaud (*loc. cit.*), les irrigations intra-utérines sont indiquées dès qu'il y a fétidité des lochies.

Guyot conseille les irrigations si le pouls de la nouvelle accouchée s'élève, si les lochies deviennent fétides.

Fontaine dit que les injections intra-utérines sont indiquées s'il y a suppression, fétidité des lochies, et infection putride ou purulente.

Stoltz a recours aux injections si les lochies sont altérées dans leurs qualités physiques.

Il en est de même d'Hervieux.

Hunter pratique des lavages utérins quand il y a élévation de la température de la nouvelle accouchée.

Playfair se sert des lavages dans tous les cas où il y a élévation de la température et menace de fièvre.

Braxton Hicks emploie les injections utérines comme règle de pratique dans les cas de pertes fétides après l'accouchement.

Spiegelberg pratique des lavages de la cavité utérine toutes les fois qu'il y soupçonne la présence de matières septiques.

Gusserow a recours aux irrigations utérines quand, pendant les suites de couches, il y a menace d'infection, et Carnofski, quand il y a souffrance de la matrice (endométrite).

Chiara fait des injections intra-utérines pour combattre les endométrites placentaires ou autres, et Bouchacourt, dans les cas d'élévation thermique et de fétidité des lochies.

Berne pratique ces injections lorsque les lochies sont fétides et qu'il y a des symptômes généraux d'intoxication putride.

Labesque (*loc. cit.*), pratique des lavages utérins dès que les lochies deviennent fétides, et qu'il y élévation thermique concomitante.

Il en est de même pour Siredey, Bar, Pajot et les élèves de Tarnier. C'est également là la pratique de M. le professeur Moussous.

Donc, pour résumer les observations tirées de la pratique

des divers accoucheurs français et étrangers que nous venons de passer en revue, nous dirons que les indications, au point de vue curatif, des injections intra-utérines dans l'état puerpéral, sont les suivantes : fétidité des lochies, suppression des lochies, élévation thermique (si on ne trouve, du moins, aucune explication de celle-ci dans l'appareil mammaire ou dans les organes génitaux externes), douleur abdominale, localisée surtout aux cornes de l'utérus, et enfin, phénomènes plus ou moins accusés de septicémie puerpérale, de fièvre puerpérale, en un mot, pour employer un terme plus général.

Employées dans les circonstances des suites de couches que nous venons de citer rapidement, les irrigations utérines continueront à donner les magnifiques résultats qu'elles ont donnés jusqu'ici entre les mains de tous les médecins qui les ont convenablement pratiquées. C'est là le traitement curatif, le seul rationnel, utile et inoffensif par excellence, de la fièvre puerpérale.

# CHAPITRE V

## Manuel opératoire des injections intra-utérines.

Nous examinerons successivement ce qui a trait : 1° à l'appareil instrumental ; 2° au liquide ; 3° à la position à donner à la malade et à l'opération elle-même.

Nous avons cru devoir décrire à part le manuel opératoire du drainage, et de l'irrigation continue de l'utérus.

### A. — Appareil instrumental

Il se compose d'un conducteur utérin et d'un récipient.

1° *Conducteur utérin.* — Les premiers accoucheurs qui ont fait des injections dans la matrice pendant l'état puerpéral, se sont servis d'une sonde ordinaire, dont le calibre était trop faible pour oblitérer l'orifice du col utérin et empêcher le reflux du liquide injecté dans le vagin.

C'est pour éviter plus sûrement cette circonstance fâcheuse qu'en octobre 1865, A. Avrard communiqua au Congrès Médical de Bordeaux un Mémoire où il faisait connaître un nouveau procédé d'injection utérine consistant dans l'emploi d'une sonde à double courant.

Peu de temps après, Stoltz faisait fabriquer une sonde à double courant, à peu près semblable à celle d'Avrard : cette sonde à 2 centimètres de diamètre et une longueur de 30 centimètres ; le côté gauche par lequel se fait l'injection est terminé par 10 ou 15 ouvertures en pomme d'arrosoir occupant tout le bec de la sonde afin de distribuer le liquide dans tous les sens ; le côté droit est percé d'une large ouverture elliptique pour faciliter le retour du liquide et laisser passer des caillots sanguins et des débris de caduque. Inférieurement le pavillon de la sonde est bifurqué ; à la branche gauche, par laquelle se fait l'injection, est adapté un manchon en caoutchouc avec un embout en corne, destiné à recevoir l'extrémité du récipient ; la branche droite dirige l'écoulement.

Laroyenne, trouvant la sonde de Stoltz d'un calibre un peu trop considérable, en fit fabriquer une qui a $0^m007$ de diamètre ; son tuyau recurrent est représenté par une cannelure, de sorte que le liquide qui revient par cette voie se répand dans le vagin.

Becour emploie la sonde de trousse ; un tube de caoutchouc de $0^m40$ à $0^m50$ de long est adapté d'un côté à la sonde d'homme et de l'autre côté au pavillon du tube intérieur de cette même sonde qui est terminé par un pas de vis ; celui-ci sert à l'introduction plus facile du tube d'un récipient en bois que l'on perce au préalable d'un petit trou.

Hildebrand a imaginé une sonde en verre, qui a une longueur de $0^m20$ ; elle est un peu incurvée au milieu, parallèlement à l'axe du bassin, pour la facilité de l'introduction ; le diamètre de l'orifice est de $0^m01$.

La sonde de Bozeman est à peu près semblable à celle

d'Hildebrand, avec ceci de particulier qu'elle est recourbée en S, et que l'ouverture qui occupe le bout est très avantageusement cachée, de manière à ne pouvoir être bouchée, ni le courant interrompu, si la sonde venait à se mettre en contact immédiat avec les tissus utérins.

Fritsch a fait modifier heureusement sur certains points la sonde de Bozeman : la longueur totale est de $0^m36$; le tube enveloppant a $0^m012$ et le tube intérieur $0^m005$ de diamètre; l'ouverture fenêtrée à $0^m05$ de longueur.

La sonde de Schatz, à peu près pareille à celle de Fritsch, a l'inconvénient d'être un peu courte.

Dans une conférence faite par le professeur Pajot, le 31 mai 1884, cet accoucheur s'exprimait en ces termes : « Quand l'accoucheur fait une injection intra-utérine, il a pour but de laver complètement la cavité de la matrice. Avec la sonde habituelle, le lavage ainsi entendu est matériellement impossible.

En raison, en effet, de la situation des yeux placés à une certaine distance de l'extrémité de l'instrument, la colonne liquide tend à s'échapper transversalement. En outre, si la force de propulsion n'est pas considérable, la plus grande partie du liquide s'écoule forcément par l'orifice situé le plus bas, et, en raison des lois de la pesanteur, gagne immédiatement les parties les plus déclives. Qu'arrive-t-il alors ? Que toute la portion de l'utérus située au-dessus du plan horizontal passant par l'orifice le plus élevé échappe fatalement à l'irrigation. Il ne pourrait en être autrement qu'à condition de remplir et de distendre en totalité la cavité utérine, ce qui serait extrêmement dangereux.

Mais, d'autre part, il est impossible (heureusement) de remplir la cavité utérine, puisque le liquide s'échappe à mesure qu'il est projeté. Donc le contre-sens est flagrant. Il faudrait remplir la cavité pour que tous les points fussent touchés; et il est impossible d'obtenir cette replétion, le liquide devant s'écouler à mesure qu'il pénètre.

Sans doute nous sommes redevables de grands services à ces lavages, quoique incomplets. Mais on les doit surtout à ce fait heureux que, dans la majorité des cas, les liquides et les produits septiques contenus dans l'utérus ont une tendance naturelle à s'accumuler dans les régions les plus inférieures de l'organe. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Et j'ai pu constater, à l'autopsie, qu'il se forme parfois dans la portion la plus élevée de l'utérus une couche pultacée, d'une fétidité horrible. Or, dans ces cas, le lavage complet de la cavité interne devient absolument nécessaire; et nous savons maintenant que les sondes employées jusqu'à ce jour ne peuvent donner ce résultat.

Voici, à mon avis, les conditions que doit remplir une sonde à injection intra-utérine pour répondre à tous les besoins:

1° Il faut que la colonne liquide arrive par la partie supérieure de l'instrument ;

2° Le jet doit être doux, modéré (autant que possible en jet de pomme d'arrosoir).

3° Le liquide doit baigner toutes les parties ;

4° Il faut que le libre retour du liquide soit assuré.

Les avantages du nouveau modèle de sonde que j'ai imaginé sont les suivants :

1° Le liquide s'écoule par le bout supérieur de l'instrument à travers plusieurs orifices qui donnent le jet de pomme d'arrosoir.

2° Un tube dilatateur assure le retour du liquide;

3° Toutes les parties de l'instrument sont séparables en deux valves et, par suite, facilement et parfaitement nettoyables.

La sonde de Budin, qui a pour but d'assurer le retour du liquide, et cela, par une forme nouvelle donnée à l'instrument, peut être représentée ainsi : « On peut, dit l'auteur, se figurer qu'une partie de la paroi d'une sonde ordinaire a été refoulée vers l'intérieur, vers la cavité centrale, et qu'il en est résulté une dépression profonde sur toute la longueur. Une coupe perpendiculaire à la surface donnerait la figure d'un fer à cheval. Le liquide, après avoir pénétré dans l'utérus, pourrait en sortir en suivant la dépression profonde qui existe le long de la sonde, et qui est formée par la courbure interne, par la courbure la plus petite du fer à cheval. De la sorte, si pendant l'injection l'utérus venait à se contracter, si bien que son orifice interne fût exactement appliqué sur la sonde, il persisterait toujours, même au niveau de l'anneau musculaire qui étreindrait l'instrument, une ouverture qui permettrait l'écoulement du liquide. Les détritus, les caillots peuvent être entraînés; tandis que avec la sonde à double courant, ceux-ci doivent suivre tout un long canal qu'ils obstruent, avec la sonde en fer à cheval, même quand l'utérus est fortement contracté sur elle, ils n'ont qu'un orifice annulaire à franchir. La substance définitivement employée pour la construction de cette sonde est la celluloïde. »

M. le Dr P. Bitot, de Bordeaux, est l'auteur d'une sonde à injection intra-utérine : celle-ci a une forme cylindrique; elle mesure $0^{m}$ 015 de diamètre; le bout a une figure conique et est percé d'un certain nombre de trous à la façon d'une pomme d'arrosoir, trous qui donnent passage au liquide injecté, arrivant par un tube intérieur; les deux côtés de l'extrémité supérieure de la sondesont percés, à une distance de $0^{m}$ 03 de celle-ci, de fenêtres longitudinales, par lesquelles reflue le liquide, circulant ainsi entre un tube intérieur et un tube extérieur. Cette sonde est courbée suivant l'axe du canal génital.

Le Dr Doléris a présenté, en novembre 1885, à l'Académie

de Médecine, une nouvelle sonde à injections intra-utérines. Cette sonde se compose d'un tube unique, en métal, recourbé à la façon de pinces, dont les branches, creuses, sont exactement juxtaposées et forment un circuit ouvert aux deux extrémités de l'instrument : l'une des extrémités est munie d'un téton pour s'adapter après un conduit d'un appareil d'irrigation quelconque; l'extrémité libre est double et perforée pour la sortie du liquide. Le tube lui-même est demi cylindrique, de telle façon que la juxtaposition exacte des deux branches par leur côté interne plan forme un cylindre régulier, complet et d'assez petit volume pour pouvoir être introduit dans les cols les plus étroits, même dans certains utérus non gravides. Un mécanisme très simple, placé près de l'extrémité extérieure de la sonde, permet d'en écarter les branches une fois introduites dans la matrice. Le col reste ouvert, et on crée ainsi une voie de retour aussi large que possible au liquide injecté, en même temps qu'on ouvre un facile passage aux débris solides contenus dans la matrice. En résumé, cette sonde agit comme tube à irrigation et comme dilateur.

Enfin, tout récemment, Pajot vient de faire construire une nouvelle sonde, qui ressemble beaucoup à celle de Budin, avec ceci de particulier que le bout peut se dévisser.

Parmi ce grand nombre de sondes à injections intra-utérines, celle à laquelle nous donnons la préférence est celle de Budin. C'est celle qu'emploient mes maîtres en obstétrique, et cela, avec les meilleurs résultats.

2° *Récipient.* — Il peut consister en une seringue de grande dimension de métal ou de verre, en un irrigateur Eguisier, ou bien en un vase quelconque contenant au maximum trois à quatre litres de liquide et muni à la partie inférieure d'une tubulure.

Le récipient dont on se sert avec avantage à la Clinique obstétricale de Bordeaux est un bocal en verre, d'une contenance de trois litres environ, à tubulure inférieure; à

celle-ci est adapté un tube de caoutchouc long de 1m 50 en moyenne, à l'extrémité duquel on fixe le conducteur utérin. Pour faire couler le liquide il suffit de lever le récipient à une hauteur de 0m 25 au minimum au-dessus du bassin de la femme.

Une invention récente, aussi simple qu'ingénieuse, de M. le professeur agrégé Lefour, est venue permettre d'utiliser comme récipient un vase des plus communs, la vulgaire bouteille; elle consiste en un bouchon légèrement conique de caoutchouc, qui est traversé par deux tubes métalliques, l'un d'une longueur de 0m25, l'autre de 0m10. On bouche avec ce bouchon la bouteille remplie du liquide que l'on doit injecter; le tube le plus long plonge presque jusqu'au fond du vase, et le plus court, seulement à la partie supérieure. La bouteille une fois bouchée, on la retourne de façon que le goulot regarde directement en bas; l'air qui s'introduit par le tube le plus long presse sur le liquide, qui s'écoule par le tube le plus court, auquel est fixé un cylindre de caoutchouc d'un diamètre égal à celui du tube et d'une longueur de 1m50 environ, et cela en jet continu et doux.

Nous ne pouvons que recommander cette heureuse invention d'un de nos maîtres en obstétrique, qui, par son utilité, son bon marché et son petit volume, réclame sa place dans la trousse de tout médecin qui s'occupe d'accouchements.

### B. — Liquide.

1° *Sa nature.* — Nous ne faisons que citer pour mémoire un certain nombre de liquides maintenant abandonnés à juste titre, pour nous appesantir sur ceux actuellement répandus dans la pratique obstétricale, et cela avec des succès plus ou moins considérables selon leur nature.

C'est ainsi que nous indiquerons parmi les premiers :

Eau pure, froide ou tiède ; eau légèrement chlorurée ; eau émolliente ; décoction de feuilles de noyer ; décoction de quinquina ; solution de nitrate d'argent ; teinture d'iode additionnée d'eau distillée ; huile de térébenthine ; esprit de vitriol ; infusion de camomille, de lavande, de romarin ; infusion de bourgeons de sapin ; eau de goudron ; vin aromatique ; solution de nitrate de plomb ; solution d'hyposulfite de soude ; coaltar saponiné ; poudre de charbon délayé dans de l'eau ; liquide de Condy, etc.

Nous allons maintenant passer en revue et examiner en particulier des liquides bien autrement puissants et utiles que tous ceux-ci :

*Alcool.* — La puissance antiseptique de cette substance, bien que relativement faible, n'en est pas moins réelle, ainsi qu'il résulte des expériences de Gosselin et Bergeron. L'accoucheur pourra se servir de l'alcool mélangé avec de l'eau pour pratiquer des injections utérines. Cependant, l'eau alcoolisée ne devra alors être considérée que comme un pis aller.

*Acide thymique.* — Son emploi a été surtout préconisé en obstétrique par Inverardi. Il aurait les avantages suivants : plus actif que l'acide phénique, son odeur ne serait pas désagréable. Fritsch préconise son emploi dans les lavages utérins. Il recommande la formule suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Thymol..... | 1 | gramme. |
| Alcool..... | 10 | — |
| Glycérine..... | 20 | — |
| Eau..... | 1.000 | — |

*Chloral.* — Cet agent n'a été employé en obstétrique que par Hervieux, qui en a retiré d'excellents résultats. Cet

accoucheur se sert pour les injections intra-utérines de solutions chloralées à 1/100.

*Permanganate de potasse.* — Ce médicament a une action très rapide, mais qui s'épuise vite. Il a de plus, au point de vue pratique, l'inconvénient de colorer en rouge brun le linge, etc.

Il est surtout employé à Prague, et par Schmidt et Calderini.

*Sulfate de cuivre.* — Cette substance a été préconisée en obstétrique par le Dr Charpentier. Cet accoucheur, s'appuyant sur des expériences faites pendant le mois de septembre et d'octobre 1883, à la Clinique obstétricale de Paris, formule dans la séance du 4 mars 1884 de l'Académie de médecine les conclusions suivantes: 1° Le sulfate de cuivre employé en solution au centième est un antiseptique de premier ordre; 2° il est absolument inoffensif pour les malades; son prix est très modéré, son action rapide et son maniement facile; 3° la solution employée doit être la solution à 1/100, chauffé à une température de 36 à 38° centigrades.

*Acide salicylique.* — Il n'est pas un antiseptique de premier ordre. Il n'est pas en outre facilement soluble. En résumé, il ne semble pas mériter la place qu'ont voulu lui accorder certains accoucheurs dans la thérapeutique des accidents infectieux (Crede, Duncan, Münster). La solution employée est ordinairement à 1 ou 2/1000.

*Acide borique.* — Il a un pouvoir antiseptique relativement faible. Mais il présente cet immense avantage de n'être pas toxique, irritant. La solubilité est assez faible. Il a donné les meilleurs résultats à Tarnier, ainsi qu'il résulte des expériences faites à la Maternité de Paris par cet accoucheur dans le dernier semestre de l'année 1880. On se sert de solutions boriquées à 1/20, 1/40, 1/100.

*Acide phénique.* — Cette substance, bien que n'ayant pas une action antiseptique des plus puissantes, s'emploie fréquemment en obstétrique en solutions de 1 à 2/100. Il est préférable de n'employer que des solutions faibles, mais très abondantes. L'acide phénique, en outre, n'est pas sans avoir une action réelle sur l'organisme des malades qui sont soumises à un traitement local phéniqué. C'est ce que prouvent ces abaissements rapides de température que l'on observe à la suite des injections utérines, abaissements qui ne tiennent certainement pas à la seule destruction des microbes, vivant, pullulant et se développant à la surface de la paroi utérine. Il faut tenir grand compte de l'absorption qui se fait à la surface de la plaie.

Il est hors de doute qu'un certain nombre de faits d'empoisonnements par l'acide phénique employé chez les accouchées ont été observés; le plus souvent il y eut guérison; et il a suffi, pour l'obtenir, de cesser l'usage de ce médicament dès qu'on voyait apparaître des urines noirâtres.

Le principal inconvénient présenté par l'acide phénique provient certainement de l'irritation locale causée par ce médicament. Pour peu que l'on emploie des solutions un peu plus fortes, à 2/100 par exemple, pour peu que les solutions employées le soient en grande abondance, on voit souvent apparaître, au niveau des grandes et des petites lèvres, un érythème très pénible, et parfois même des plaques de gangrène qui obligent l'accoucheur à renoncer à l'emploi de l'acide phénique. Cet antiseptique jouit de plus d'une odeur désagréable.

On a essayé de substituer à l'acide phénique des sels, comme le phénate de soude, etc. Les phénates sont moins actifs, et, de plus, très couteux.

*Bichlorure de mercure.* — Ce médicament est un des antiseptiques les plus puissants. En effet, Koch, Pasteur, ont établi que le sublimé à 1/5000 tue les bactéries en plein stade de développement. Ces expérimentateurs ont encore

découvert que le pouvoir de multiplication des spores tombées dans des solutions non bouillies de viande est arrêté par une solution à 1/2525. A 1/3358, cette propriété n'existe plus.

P. Bar ayant examiné un certain nombre de liquides additionnés de substances antiseptiques variées, dans lesquels Tarnier avait placé des fragments de placenta, et exposés à l'air libre pendant un certain nombre de jours, trouva seules les solutions de sublimé à 1/1000 et la solution d'acide borique à 40/1000 ne contenant aucune trace de germe. Tarnier a rapporté ces faits dans la discussion qui a eu lieu au Congrès de Londres en 1882.

Les avantages du sublimé sont : Sa grande puissance antiseptique, le prix peu élevé des solutions employées, l'absence complète d'odeur de celles-ci, et son transport sous un petit volume en solution concentrée. Les inconvénients sont : une action sur la peau, qui devient dure, tannée (mais cette action est moindre que celle de l'acide phénique), et quelquefois une légère diarrhée.

Les accidents d'intoxication, observés l'un par Stadfedt de Copenhague, l'autre par le Dr Stenger de Manheim, et que l'autopsie n'a nullement prouvé être absolument imputables au sublimé, ne sont pas de nature à faire rejeter l'emploi d'un antiseptique si précieux.

La pratique a, d'ailleurs, détruit cette crainte de l'intoxication par le sublimé, par son emploi dans l'utérus. En effet, depuis quelques années qu'il est déjà employé couramment dans les Maternités et Cliniques de Berlin, Paris, Fribourg, Breslau, Nancy, Halle, Bordeaux, Montpellier, etc., on n'a jamais observé le moindre symptôme d'empoisonnement.

Les solutions de sublimé sont titrées ordinairement à 1 ou 2/1000, et colorées légèrement par de l'indigo, du carmin, etc.

*Biiodure de mercure.* — Il a été employé la première fois

par Pinard, en janvier 1884. Cet accoucheur est le seul à se servir, aujourd'hui, de cet agent antiseptique, dans son service de l'hôpital de Lariboisière.

Le procédé de préparation est le suivant : on fait dissoudre 5 gr. de biiodure de mercure dans une solution de 10 gr. d'iodure de potassium, et on verse le tout dans 10 litres d'eau. On a ainsi une solution à 1/2000 parfaitement claire, qu'on colore comme celle de sublimé.

Parmi tous les divers agents antiseptiques employés en obstétrique que nous venons de passer en revue, il en est un que nous recommandons particulièrement, le bichlorure de mercure, employé actuellement par la plupart des maîtres en obstétrique, français et étrangers.

2° *Température.* — Les liquides mis en usage doivent être tièdes. Ils doivent être à une température de 20 à 25° centigrades.

3° *Quantité.* — Elle variera avec les circonstances : 1, 2, 3 litres et plus s'il le faut. La règle générale est qu'il faut continuer l'irrigation jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

Le nombre des injections par jour variera également suivant l'intensité des accidents qu'elles sont destinées à combattre. Ordinairement, 3 injections au plus suffiront dans les 24 heures.

### C. — Position a donner a la femme. — Opération.

1° *Position à donner à la femme.* — Quelques accoucheurs, Pajot et ses élèves, Doléris, Charpentier, etc., mettent la femme à qui on doit pratiquer une injection intra-utérine dans la position obstétricale.

Pour nous, nous conseillons de laisser la femme dans le

décubitus dorsal : on n'imprime pas ainsi à celle-ci des secousses qui sont toujours nuisibles chez l'accouchée, comme dans la méthode précédente.

On fait rapprocher la malade du bord du lit, et l'on place sous son siège une partie d'un bassin métallique à bords arrondis, ce qui est un double but, premièrement de faciliter l'introduction de la sonde, secondairement de recueillir les liquides qui reflueront par les voies génitales.

Les membres inférieurs sont ensuite enveloppés, pour qu'ils échappent au refroidissement, puis écartés et fléchis à demi sur le bassin.

2° *Opération.* — Pajot et quelques autres accoucheurs conseillent de placer un spéculum dans le vagin de la malade pour introduire la sonde dans l'utérus. Nous croyons cette pratique inutile, même dangereuse (entrée facile de l'air dans l'utérus, septicité plus ou moins grande de l'instrument, etc.), et voici comment nous engageons l'accoucheur à agir, quand la femme est placée dans la position indiquée plus haut :

L'opérateur, placé à la droite de la malade, introduit dans le vagin et porte jusqu'à la lèvre postérieure du col son doigt indicateur droit, tenu en supination (on a eu soin préalablement de le revêtir d'un cors gras phéniqué ou boriqué, etc., quelconque). Ceci fait, il saisit de la main gauche et près du pavillon la sonde ajustée au tube du récipient. Pour éviter de pousser de l'air dans l'utérus, il ouvre le jet avant de faire pénétrer le bec de la sonde dans le vagin. Il conduit alors celle-ci doucement, sur la face palmaire de l'index, jusqu'à l'orifice externe, qu'il lui fait franchir ainsi que l'orifice interne, avec le plus de ménagement possible. Le bec de la sonde ne doit pas dépasser ce dernier de plus de 5 ou 6 centimètres. On laisse, à ce moment, le liquide s'écouler du récipient, tenu à une hauteur de $0^m25$ à $0^m50$ au-dessus du bassin de la femme, et on imprime

à la sonde de légers mouvements de rotation sur son axe. On doit toujours, pour éviter l'entrée de l'air dans l'utérus, retirer la sonde, et cela aussi doucement que possible, avant l'épuisement complet du liquide contenu dans le récipient, qui sert alors à irriguer le vagin et la vulve.

### MANUEL OPÉRATOIRE POUR LE DRAINAGE DE L'UTÉRUS

Langenbuck et Schede, les inventeurs de cette méthode d'irrigation temporaire de l'utérus, procédaient de la façon suivante. Ils introduisaient dans la cavité utérine, après les avoir désinfectés, deux tubes en caoutchouc de 12 centimètres de long, percés d'orifices latéraux. Ces tubes étaient trempés dans une solution phéniquée à 3/100, et introduits après un lavage vaginal préalable, assez profondément dans l'utérus, pour que leur saillie vaginale ne fût que de 2 ou 3 centimètres. L'utérus se contractait d'abord, et semblait vouloir expulser les tubes; mais au bout de une à deux minutes les contractions cessaient. Ils faisaient alors passer, pendant trois minutes, un courant d'eau phéniquée à 3/100 à travers ces tubes, et l'utérus, en injectant par un des bouts des tubes à drainage. Ils laissaient ces tubes en place pendant toute la journée, puis le soir les enlevaient, les désinfectaient, et les réappliquaient immédiatement. Ils agissaient ainsi pendant deux jours, puis retiraient un tube le 3e jour, et l'autre le 4e jour. Les irrigations étaient faites à deux ou trois reprises dans les vingt-quatre heures.

C'est là une méthode que nous repoussons absolument, et qui est d'ailleurs entièrement abandonnée.

### MANUEL OPÉRATOIRE DE L'IRRIGATION CONTINUE DE L'UTÉRUS

Le manuel opératoire employé pour cette irrigation par Schucking, le promoteur de cette méthode thérapeutique

de la fièvre puerpérale, a été tout dernièrement avantageusement modifié par le Dr Pinard : aussi c'est la façon de procéder de cet accoucheur que nous allons rapidement décrire. Nous avons à étudier successivement plusieurs parties du manuel opératoire.

1° *Disposition du lit sur lequel la femme est placée.* — Sur un lit en fer, muni d'un sommier à lames métalliques flexibles parallèles et espacées de 15 centimètres, deux matelas ordinaires repliés sur eux-mêmes sont placés bout à bout de telle façon qu'un interstice existe au milieu du lit entre les deux matelas.

Chaque matelas est recouvert d'une toile imperméable dont les extrémités libres viennent tomber dans le vide situé entre les deux matelas, et dirige le liquide dans un récipient déposé sous le lit.

2° *Sonde et appareil irrigateur.* — La sonde employée par Pinard présente les caractères suivants : elle est en argent et à double courbure (courbure utérine et courbure péritonéale). Sa longueur est de 31 centimètres. Elle est aplatie. Son diamètre transversal est de $0^m$ 012 ; son épaisseur, parois comprises, est de $0^m$ 007, et, parois non comprises, de $0^m$0055. Elle est pourvue à son extrémité utérine de quatre ouvertures, une antérieure, une postérieure et deux latérales.

L'appareil irrigateur se compose d'un réservoir en verre ou faïence de préférence ; Pinard emploie un tonnelet en faïence émaillée d'une contenance de 15 litres. Ce réservoir est placé à $0^m$ 50 environ au-dessus du plan du lit. Il est relié à la sonde à l'aide d'un tube en caoutchouc sur le trajet duquel se trouve un robinet qui permet de régler le débit du liquide. Le tonnelet se vide ordinairement en une heure en moyenne.

3° *Liquide antiseptique employé.* — Il n'est pas le même pendant toute la durée du traitement. Pinard commence par

une solution de biiodure de mercure à 1/2000. Dès que le canal utéro-vagino-vulvaire a été bien lavé avec cette solution, il susbtitue à celle-ci la solution phéniquée à 1/100. Cette solution est continuée jusqu'au moment où la température est descendue à la normale et s'y maintient pendant quelques heures, ou bien jusqu'à l'instant où les urines deviennent noires lors de leur émission. Dans ce dernier cas Pinard substitue à la solution phéniquée la solution saturée d'acide borique.

Tous ces liquides sont portés à une température qui varie entre 35 et 40°.

La méthode de l'irrigation continue de l'utérus n'a pas donné jusqu'ici de meilleurs résultats que les injections intra-utérines ordinaires que nous recommandons. C'est pour ce motif et pour d'autres également, tels que la disposition particulière à donner à la malade, l'appareil instrumental tout à fait spécial, etc., que nous ne nous déclarons pas partisans de l'irrigation continue de la cavité utérine.

# OBSERVATIONS

---

### Observation I

B. Antonia, primipare, accouchée normalement le 9 décembre 1885 au soir, à la Clinique obstétricale, d'un enfant du sexe féminin pesant 2 k. 800, en O I G A. Délivrance naturelle.

2e jour, S. — T. 37° 8 ; P. 86. Douleur vive à la corne utérine gauche. Injection utérine. Cataplasmes d'onguent napolitain belladoné sur le ventre.

3e jour, M. — T. 38° 4 ; P. 104. La douleur utérine a augmenté. Injection intra-utérine.

3e jour, S. — T. 39° 4 ; P. 120. Même état. Injection utérine.

4e jour, M. — T. 37° ; P. 116. La douleur de la corne utérine gauche a disparu.

4e jour, S. — T. 37° 4 ; P. 102.

5e jour, M. — T. 39° 2 ; P. 98. Empâtement douloureux dans le ligament large du côté gauche. Vésicatoire à ce niveau.

5e jour, S. — T. 39°; P. 120.

6e jour, M. — T. 38°; P. 104.

6e jour, S. — T. 38°; P. 100.

7e jour, M. — 39° 4; P. 110. Frisson violent. Élancements douloureux dans le côté gauche de l'abdomen.

7e jour, S. — T. 40°; P. 106. Le frisson et les élancements ont persisté. Sulfate de quinine, 0,80 centigr.

8e jour, M. — T. 38° 6; P. 100. Pas de frisson. Élancements moins douloureux.

8e jour, S. — T. 37° 6; P. 92. Plus d'élancements.

L'empâtement diminue d'étendue les jours suivants, et la température se maintient à 37°.

La malade sort guérie le 29 décembre.

## Observation II

C. Charlotte, multipare, accouchée artificiellement le 31 octobre 1885 au matin, à la clinique obstétricale, d'un enfant du sexe masculin, pesant 3 k. 800, en A I D de l'épaule droite. Version par manœuvres internes. Délivrance naturelle.

2e jour, S. — T. 39°; P. 98. Douleur dans la corne utérine droite. Injection utérine, qui revient assez sale.

3e jour, M. — T. 37° 4; P. 80. La douleur a disparu presque complètement. Injection utérine.

3e jour, S. — T. 37° 2; P. 76.

4e jour, M. — 37° 4; P. 90. Injection utérine.

4e jour, S. — T. 37° 2; P. 80.

5e jour, M. — T. 37°6; P. 118. Injection utérine.

5e jour, S. — T. 39°; P. 120. Dans la nuit, vers minuit, frisson violent qui dure un quart d'heure, suivi de chaleur, phénomènes qui persistent encore le matin du 6e jour.

6e jour, M. — T. 38°2; P. 106. Un peu d'endolorissement dans le côté droit de l'abdomen, qui semble légèrement empâté. Le toucheur vaginal détermine un peu de douleur dans le cul-de-sac droit, et surtout quand on presse sur l'orifice du col. Le doigt ramène de la sérosité épaisse, couleur de marmelade d'abricot, mais sans odeur. Injection intra-utérine, qui revient très sale.

6e jour, S. — T. 37°4; P. 82. L'empâtement est plus marqué.

7e jour, M. — T. 37°2; P. 80.

7e jour, S. — T. 37°2; P. 76. Dans la nuit du 7e au 8e jour, frisson assez long. Empâtement assez prononcé du côté gauche de l'abdomen, qui est douloureux à ce niveau.

8e jour, M. — T. 37°4; P. 100. Vésicatoire au niveau de l'empâtement.

8e jour, S. — T. 39°4; P. 108. Un peu de diarrhée. Injection intra-utérine, assez sale, contenant des débris blanchâtres, mais sans odeur.

9e jour, M. — T. 37°4; P. 78. La nuit a été bonne. L'empâtement a beaucoup diminué.

9e jour, S. — T. 37°2; P. 76. La douleur abdominale a disparu complètement.

L'état de la malade a continué à s'améliorer les jours suivants Elle sort guérie le 15 novembre.

## Observation III

T. Séraphine, primipare, âgée de vingt-quatre ans, accouchée normalement le 19 novembre 1885 au soir, à la Clinique obstétricale, d'un enfant du sexe féminin pesant 3 k. 500, en

O I G A. Délivrance artificielle ; les membranes restent adhérentes à l'utérus, et sont attachées avec un fil.

2e jour, M. — T. 38° ; P. 110. Les débris membraneux sentent mauvais ; une traction modérée et continue les amène au-dehors presque en entier.

2e jour, S. — T. 38°6 ; P. 102. Injection intra-utérine, qui revient fort sale.

3e jour, M. — T. 37° ; P. 100. Injection utérine.

3 jour, S. — T. 39° ; P. 114. Les lochies sentent fort mauvais. Injection utérine, qui reflue assez sale.

4e jour, M. — T. 37°2 ; P. 82. L'injection utérine est moins sale.

4e jour, S. — T. 38°8 ; P. 104. Lochies infectes. Injection utérine.

5e jour, M. — T. 38°4 ; P. 98. Les lochies sentent moins mauvais.

5e jour, S. — T. 39°6 ; P. 120. Injection intra-utérine.

6e jour, M. — T. 38° ; P. 90. Injection utérine.

6e jour, S. — T. 39°2 ; P. 118. Injection utérine.

7e jour, M. — T. 37°6 ; P. 94. Empâtement léger dans le ligament large du côté droit. Cataplasmes d'onguent napolitain belladoné sur le ventre.

7e jour, S. — T. 38° ; P. 110.

8e jour, M. — T. 38° ; P. 108. Même état que la veille au point de vue de la fièvre. Empâtement plus marqué, mais peu douloureux. Par le toucher vaginal, on constate de l'empâtement dans le cul-de-sac droit, et on provoque par la pression une douleur assez vive à ce niveau.

8e jour, S. — T. 39° ; P. 90.

9e jour, M. — T. 38° ; P. 102. Même état que hier. Vésicatoire sur le côté droit de l'abdomen.

9e jour, S. — 38°2 ; P. 104.

10e jour, M. — T. 37°6 ; P. 90. L'empâtement a diminué.

10e jour, S. — T. 37°4 ; P. 86. Le ventre n'est pas douloureux.

L'empâtement continue à diminuer dans les jours qui suivent et la malade sort guérie complètement le 9 décembre.

### Observation IV

D... Catherine, primipare, âgée de vingt-deux ans, accouchée artificiellement (application de forceps à la vulve), à la Clinique obstétricale, le 2 novembre 1885, d'un enfant du sexe masculin pesant 2 kil. 900, en O I G A. Délivrance naturelle.

3e jour, M. — T. 37°8; P. 70. Lochies fétides.

3e jour, S. — T. 39°; P. 102. Douleur vive au niveau des deux cornes utérines. Injection intra-utérine.

4e jour, M. — T. 37°6; P. 72. Diminution notable de la douleur.

4e jour, S. — T. 38°; P. 86. La douleur et la fétidité des lochies ont disparu.

5e jour, M. — T. 37°8; P. 84. Même état que hier soir.

5e jour, S. — Retour des accidents précédents. Injection intra-utérine. T. 38°8; P. 110.

6e jour, M. — T. 38°4; P. 102.

6e jour, S. — T. 39°; P. 90. Injection utérine.

7e jour, M. — T. 37°4; P. 72. Diminution des accidents.

7e jour, S. — T. 38°8; P. 84. Injection intra-utérine.

8e jour, M. — T. 37°2; P. 78. Amélioration notable des accidents. Encore un peu de douleur du côté gauche; plus de douleur à droite.

8e jour, S. — T. 37°; P. 66. La douleur du côté gauche a disparu.

La malade sort entièrement guérie le 15 novembre.

### Observation V

R... Jeanne, primipare, âgée de vingt-huit ans, accouchée normalement, à la Clinique obstétricale, le 27 octobre 1885, à sept heures du soir, d'un enfant du sexe masculin pesant 3 kil. 800, en O I D P. Délivrance naturelle.

4e jour, M. — T. 38°4; P. 100. Un peu de douleur dans le côté droit de l'utérus. Lochies fétides. Injections vaginales fréquentes. Cataplasmes sur le ventre.

4e jour, S. —T. 40°; P. 108. Injection intra-utérine.

5e jour, M. — T. 38°; P. 94.

5e jour, S. — T. 39°4; P. 100. Injection utérine.

6e jour, M. — T. 38°6; P. 78. Injection uterine.

6e jour, S. — T. 40°4; P. 100. Injection intra-utérine.

7e jour, M. — T. 39°; P. 90. Vésicatoire sur le côté droit de l'abdomen. Lavage utérin.

7e jour, S. — T. 39°8; P. 100. Irrigation utérine.

8e jour, M. — T. 37°6; P. 80. Douleur utérine moindre. Cystite cantharidienne violente. Eau de Vichy en boisson.

8e jour, S. — T. 39°6, P. 94. Injection intra-utérine.

9e jour, M. — T. 37°; P. 82.

9e jour, S. — T. 39°6; P. 100. La fièvre paraît surtout due à la cystite. Mais la présence du vésicatoire rend difficile l'exploration de l'utérus, qui, cependant, ne paraît pas douloureux. L'injection intra-utérine ramène très peu de chose.

10e jour, M. — T. 37°; P. 80. État de la malade bien meilleur.

10e jour, S. — T. 37°; P. 72.

L'amélioration de la femme va dès lors en continuant chaque jour. Celle-ci sort complètement guérie le 15 novembre.

### Observation VI

B... Jeanne, vingt-deux ans, primipare, accouchée artificiellement (application de forceps à la vulve), à la Clinique obstétricale, le 4 novembre 1885, au soir, d'un enfant du sexe féminin pesant 3 kil. 500. Délivrance naturelle.

3e jour, S. — T. 38°6; P. 98. Lochies fétides, couleur d'abricot. Injection intra-utérine.

4e jour, M. — T. 37°6; P. 90. Les lochies sentent moins mauvais.

4e jour, S. — T. 37°9; P. 94.

5e jour, M. — T. 37°6; P. 84. Les lochies redeviennent fétides. Injection intra-utérine, qui ramène de nombreux débrits odorants.

5e jour, S. — T. 37°2; P. 100.

6e jour, M. — T, 37°6; P. 96. Injection uterine, qui ramène encore des débris, mais cette fois sans odeur.

6e jour, S. — T. 37°4; P. 90. Lochies entièrement sans odeur.

La malade sort guérie le 12 novembre.

### Observation VII

N... Jenny, primipare, accouchée artificiellement (application de forceps à la vulve), à la Clinique obstétricale, le 11 novembre 1885 au matin, d'un enfant du sexe féminin

pesant 3 kil. 500, en O I D P. Délivrance artificielle. Quelques portions de membranes restent dans l'utérus.

2e jour, S. — T. 37°8; P. 88. Lochies fétides. Injection intra-utérine, qui revient fort sale.

3e jour, M. — T. 37°; P. 70. Injection utérine.

3e jour, S. — T. 37°4; P. 72. Injection utérine.

4e jour, M. — T. 37°; P. 68.

4e jour, S. — T. 38°2; P. 82. Lochies fétides. Injection intra-utérine.

A partir de ce moment, la température, retombée à 37°, se maintient à ce niveau les jours suivants; les lochies deviennent sans odeur. Les injections intra-utérines sont pratiquées néanmoins, par précaution, matin et soir.

La malade sort tout à fait guérie le 23 novembre.

## Observation VIII

D. Amélie, vingt-huit ans, primipare, accouchée normalement le 7 février 1886, à la Clinique obstétricale, d'un enfant du sexe masculin pesant 3 k. 500, en O I D P. Délivrance naturelle.

Dans la nuit du 2e jour, frisson violent.

3e jour, M. — T. 39°2; P. 102. Lochies fétides. Douleur dans la corne utérine droite. Huit sangsues sur ce point. Injection intra-utérine, qui revient fort sale.

3e jour S. — T. 40°; P. 92. Injection utérine.

4e jour, M. — T. 37°2; P. 70. Lochies sans odeur. Plus de douleur dans la corne utérine. L'injection ramène encore quelques débris.

4e jour, S. — T. 38°4; P. 80. Injection utérine.

5e jour, M. — T. 38°2; P. 64. Bon état de la malade.

5e jour, S. — T. 40°4; P. 90. Céphalalgie frontale. Douleur dans le côté gauche du ventre. L'injection utérine revient chargée de nombreux débris.

6e jour, M. — T. 39°3; P. 84. Douleur vive dans la corne utérine gauche. Lochies sans odeur. Céphalalgie. L'injection intra-utérine est toujours sale. Huit sangsues sur l'abdomen.

6e jour, S. — T. 38°4; P. 78.

7e jour, M. — T. 40°; P. 100. La douleur abdominale est fort légère. Lochies sans odeur. Céphalée légère. L'injection est peu sale.

7e jour, S. — T. 39°2; P. 80. Injection intra-utérine.

8e jour, M. — T. 37°8; P. 72. Le ventre est souple et indolore. La céphalalgie a disparu.

8e jour, S. — T. 38°6; P. 80. Injection utérine.

9e jour, M. — T. 37°; P. 60. Coliques utérines violentes. Huile laudanisée sur le ventre.

9e jour, S. — T. 39°; P. 100. Les tranchées persistent.

10e jour, M. — T. 37°; P. 58. Bon état.

10e jour, S. — T. 38°4; P. 78. Les tranchées recommencent.

11e jour, M. — T. 37°; P. 58. Les coliques ont disparu.

11e jour, S. — T. 37°2; P. 76.

La malade sort complètement guérie le 22 février.

## Observation IX

G. Mathilde primipare, âgée de dix-neuf ans, accouchée normalement à la Clinique obstétricale, le 10 mai 1885 au soir, d'un enfant du sexe masculin pesant 3 k. 750, en O I G A. Délivrance naturelle.

5e jour, S. — T. 39°; P. 86. Douleur dans la corne utérine droite. Ganglions du pli de l'aine droit également douloureux. Cataplasme avec onguent napolitain belladoné sur le ventre.

6e jour, M. — T. 38°4; P. 106. La douleur a augmenté dans les points où elle existait hier. De plus, le côté gauche de l'utérus est également douloureux.

6e jour, S. — T. 38°2; P. 96. Même état.

7e jour, M. — T. 38°8; P. 120. Les douleurs sont plus vives surtout dans le côté droit de l'utérus, où l'on applique un vésicatoire.

7e jour, S. — T. 39°4; P. 130. Même état. Injection intra-utérine.

8e jour, M. — T. 37°4; P. 92. Les douleurs sont moins vives. Injection utérine.

8e jour, S. — T. 38°6; P. 102. Injection intra-utérine.

9e jour, M. — T. 37°; P. 76. Les douleurs ont cessé. L'utérus a considérablement diminué de volume; il n'est qu'à 1 centimètre au-dessus du pubis.

9e jour, S. — T. 39°; P. 108.

10e jour, M. — T. 38°2; P. 96. Les douleurs sont revenues chez la malade, qui est très remuante. L'utérus a remonté à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Nouveau vésicatoire dans le côté droit de l'abdomen.

10e jour, S. — T. 39°; P. 104. Injection intra-utérine.

11e jour, M. — T. 37°4; P. 70. État de la malade excellent. Les douleurs ont complètement disparu.

11e jour, S. — T. 37°4; P. 72.

Dès lors, les suites de couches sont tout à fait normales, et la malade sort complètement guérie le 27 mai.

## Observation X

B... Marie, multipare, âgée de vingt-huit ans, accouchée normalement le 30 novembre 1885 au soir, à la Clinique obstétricale, d'un enfant du sexe féminin pesant 3$^{k}$ 800, en O I D P. Délivrance naturelle.

3$^{e}$ jour, M. — T. 39°; P. 96. Fièvre violente dans la nuit du 2$^{e}$ au 3$^{e}$ jour.

Lochies très fétides. Douleur vive dans la corne utérine gauche. Cataplasme avec onguent napolitain belladoné, sur le ventre. Injection intra-utérine, qui revient très sale, ramenant un débris de membranes long de près de 10 centim.

3$^{e}$ jour, S. — T. 38°; P. 86. Lochies moins fétides. Douleur utérine moins vive.

4$^{e}$ jour, M. — 37°6; P. 68. La douleur a encore diminué. Les lochies ne sentent plus mauvais.

4$^{e}$ jour, S. — T. 39°2; P. 90. Plus de douleur dans le côté gauche de l'utérus. Douleur très vive dans la corne utérine droite. L'injection utérine ramène beaucoup de débris.

5$^{e}$ jour, M. — T. 37°2; P. 68. La douleur est moins vive. L'injection intra-utérine revient moins sale.

5$^{e}$ jour, S. — T. 38°; P. 80. L'amélioration continue.

6$^{e}$ jour, M. — T. 37°4; P. 66. Peu de douleur du côte droit de l'utérus.

6$^{e}$ jour, S. — T. 38°2; P. 70. L'injection utérine revient peu sale.

7$^{e}$ jour, M. — T. 37°4; P. 68. La douleur utérine a complètement disparu.

7$^{e}$ jour, S. — T. 37°8; P. 72. Bon état de la malade.

L'amélioration de l'accouchée va en continuant, et celle-ci sort tout à fait guérie le 12 décembre 1885.

# CONCLUSIONS

1° Les injections intra-utérines après l'accouchement sont un traitement rationnel, et éminemment utile, de la fièvre puerpérale.

2° Elles sont de plus un traitement sans dangers.

3° Elles peuvent servir soit à prévenir, soit à combattre l'infection puerpérale.

4° Leurs indications soit comme méthode prophylactique sont comme méthode curative, sont spéciales et celles que nous avons indiquées dans le courant de notre travail.

5° Les injections intra-utérines temporaires doivent être seules employées.

6° Elles doivent être pratiquées au moyen de la sonde de Budin et d'une solution de bichlorure de mercure à 1/1000, avec le manuel opératoire particulier que nous avons décrit plus haut.

Vu bon à imprimer :
*Le Président de la Thèse,*
Dr P.-L. MOUSSOUS.

Vu : *le Doyen,*
A. PITRES.

Bordeaux, le 12 mars 1886.

Vu et permis d'imprimer :
*Le Recteur de l'Académie,*
H. OUVRÉ.

# TABLE DES MATIÈRES


INTRODUCTION ..... 7

CHAPITRE I. — Historique ..... 9

CHAPITRE II. — Utilité des injections intra-utérines ..... 16
I. — Nature de la fièvre puerpérale ..... 16
II. — Mode d'action des injections intra-utérines dans l'état puerpéral ..... 19
III. — Résultat des injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale ..... 24

CHAPITRE III. — Innocuité des injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale ..... 29
I. — Revue critique des objections émises contre l'innocuité de ces injections ..... 29
II. — Innocuité de ces injections établie par l'observation clinique ..... 33

CHAPITRE IV. — Indications des injections intra-utérines dans l'état puerpéral ..... 35
A. — Indications comme traitement prophylactique ... 35
B. — Indications comme traitement curatif ..... 38

CHAPITRE V. — Manuel opératoire des injections intra-utérines ..... 41
A. — Appareil instrumental ..... 41
B. — Liquide ..... 47
C. — Position à donner à la femme. — Opération ..... 52
Manuel opératoire pour le drainage de l'utérus ..... 54
Manuel opératoire de l'irrigation continue de l'utérus .. 54

OBSERVATIONS ..... 57

CONCLUSIONS ..... 69



Bordeaux. — Imprimerie O.-L. FAVRAUD, rue Porte-Dijeaux, 91.